N° 123.

ESSAI

SUR L'ENCÉPHALITE

OU FIÈVRE CÉRÉBRALE (PINEL);

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 juin 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JEAN BRIZARD, de l'Ile-de-Ré,

Département de la Charente-Inférieure;

Bachelier ès-sciences; ancien Élève de l'École pratique et des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Observatione medicina crescit.
STOLL.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Président.*
Hygiène	ANDRAL, *Suppléant.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert, *Examinateur.*
Bouillaud.	Hatin, *Examinateur.*
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet, *Suppléant.*	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Faible gage de mon attachement et de ma reconnaissance sans bornes.

A MONSIEUR TOGNO.

Recevez ce faible tribut d'amitié; il serait plus digne de vous être offert, si j'avais autant de talens que je ressens pour vous d'affection et de reconnaissance.

J. BRIZARD.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/essaisuelencepha0004jean

ESSAI

SUR L'ENCÉPHALITE

OU FIÈVRE CÉRÉBRALE (PINEL).

NOTIONS PRÉLIMINAIRES.

On chercherait en vain chez les anciens une description exacte de l'inflammation du cerveau; l'anatomie encore au berceau, et leur vénération superstitieuse pour les morts étaient un obstacle insurmontable aux progrès de la médecine, qui en reçoit ses premiers fondemens. Privée de ce flambeau, la médecine ne put que marcher au hasard, et de cette incertitude naquit cette obscurité qui régna si long-temps, non-seulement sur l'affection qui nous occupe, mais sur toutes les maladies en général. Ce n'est que lorsque l'esprit investigateur, secouant le joug de la superstition, ne craignit point d'interroger les dépouilles des morts, que l'on vit insensiblement un nouveau jour se répandre sur la pathologie, et les maladies des organes être d'autant mieux connues que les fonctions de ces organes étaient plus faciles à comprendre. Malheureusement, il n'était qu'un petit nombre d'organes dont les fonctions pouvaient être entrevues par les médecins anciens, à l'aide d'une anatomie encore trop imparfaite, et ils étaient réduits, dans la plupart des cas, à la contemplation des

phénomènes extérieurs des maladies, heureux quand leur imagination ne substituait point à l'interprétation raisonnable de ces phénomènes des théories plus ou moins ridicules, qui retardaient la science au lieu de l'avancer.

Aucun organe n'est aussi compliqué et n'a des fonctions aussi obscures que l'organe cérébral; aussi a-t-il fallu arriver jusqu'à ces derniers temps pour avoir des notions positives sur ses affections, grâce à l'anatomie pathologique et à une saine observation des faits.

Pour avoir une idée de la confusion qui régna de tout temps sur les maladies du cerveau, qu'il me suffise de rappeler ici les noms divers sous lesquels on l'a confondue : *Hippocrate* (1), qui parle le premier et avec quelque exactitude de l'inflammation du cerveau, la nomme *phrénésie*, et par ce mot les Grecs et les Latins entendaient le trouble des fonctions de l'entendement, ou le délire qui se remarque dans quelques maladies aiguës. Beaucoup de médecins ne voyaient dans l'encéphalite que la paralysie et les convulsions, qui étaient pour eux des maladies essentielles ; plus tard elle a été considérée tour à tour comme une fièvre maligne (2), nerveuse (3), putride (4), pernicieuse, ataxique, ataxo-adynamique (5), et l'on peut voir ces mêmes erreurs dans le Recueil d'observations de fièvres ataxiques et adynamiques de M. *Tacheron*, et qui offrent presque toutes des exemples d'encéphalite. On l'a appelée *apoplexie nerveuse*, *fièvre nerveuse sthénique* et *asthénique*. Morgagni, qui a jeté un si grand jour sur cette affection, ne montre-t-il pas toute son incertitude sur son vrai caractère, en la rangeant parmi les apoplexies qui ne sont ni sanguines ni séreuses, et lorsqu'il veut expliquer la cause de la paralysie et des convulsions. *Sauvages* la confondait sous le nom de *fièvre*

(1) Troisième livre des Épidémies, deuxième section.
(2) *Chirac*, *Sylva*.
(3) *Tommasini*.
(4) *Fernel*.
(5) *Pinel*.

continue avec somnolence et soubresauts; la fièvre cérébrale de *Pinel* n'est qu'une inflammation du cerveau; enfin, M. *Récamier* ne considère point ce ramollissement du cerveau comme un produit d'inflammation, mais comme l'effet d'une fièvre nerveuse, ataxique. Sans aller plus loin, il est facile de voir combien d'idées diverses on devait avoir sur cette maladie, et que d'erreurs on a dû commettre dans son traitement.

Devant me circoncrire dans les bornes d'une thèse, je ne m'occuperai que de l'inflammation du cerveau, me réservant, à la fin, de donner les caractères distinctifs des autres affections de cet organe, qui pourraient être confondues avec la maladie dont je m'occupe.

DE L'ENCÉPHALITE.

L'encéphalite a non-seulement été confondue avec d'autres états morbides, comme nous venons de le dire, mais elle a été mise en doute par beaucoup de praticiens, et ceux qui ont admis son existence pensaient qu'elle ne pouvait être que le résultat de plaies de tête. En effet, ce sont surtout aux observations de chirurgie, et plus tard à l'anatomie pathologique, que nous sommes redevables des lumières aujourd'hui répandues sur ce sujet. *Pinel*, qui le premier a cherché à établir son existence et sa distinction avec la méningite, s'exprime ainsi : « Que de faits, dit-il, ne reste-t-il point encore à « rassembler, pour établir une sorte de correspondance entre l'his- « toire des symptômes et les lésions particulières de la pulpe céré- « brale et des méninges ! » Aujourd'hui encore, M. *Broussais* (1) lui-même n'avance-t-il pas que le cerveau est l'organe le moins sujet aux phlegmasies, parce qu'il n'est point affecté directement? Cette opinion appartient cependant à un homme qui ne voit partout qu'inflammation, ce qui prouve avec quelle lenteur les maladies de l'en-

(1) Examen des doctrines, deuxième examen, p. 84.

céphale ont marché vers cette perfection atteinte déjà, depuis plusieurs années, pour les deux autres cavités splanchniques.

Suivant le siége de l'inflammation, *Bichat* (1) distinguait deux variétés d'encéphalite : 1°. l'une, phlegmoneuse, siégeait dans la substance médullaire; 2°. l'autre, bilieuse, dans la couche corticale et produite par l'action ou la réaction des organes biliaires. Cette division, qui n'a point été suivie, était une conséquence des idées reçues de son temps sur le rôle que l'on faisait jouer à la bile. La seule division admise aujourd'hui est relative à son état aigu et chronique : cependant tous les auteurs ne sont point d'accord sur ces divisions; ainsi MM. *Lallemand*, *Georget*, etc., regardent le ramollissement comme un degré de l'encéphalite aiguë, et rarement comme un état chronique; *Abercrombie* ne voit dans le ramollissement qu'un mode toujours chronique de l'encéphalite; M. *Récamier* regarde cette altération comme indépendante de tout travail inflammatoire; M. *Rostan*, comme la mort sénile d'une partie du cerveau, et rarement comme un résultat d'inflammation; enfin, M. *Rochoux* pense que c'est une affection chronique qui succède à l'hémorrhagie cérébrale.

J'avoue que je serais ici embarrassé si je devais baser mon opinion sur l'autorité la plus imposante; mais, ne voulant m'en rapporter qu'à mon jugement, j'adopterai les idées du professeur *Lallemand*, à l'aide desquelles je m'explique plus facilement les phénomènes nombreux et variés de la phlegmasie cérébrale.

Si, comme il est permis de le penser avec *Gall*, que le cerveau ne soit point un organe unique, mais un composé de plusieurs appareils d'organes dont chacun jouit d'une fonction particulière; et si l'on pouvait parvenir à connaître chacun de ces appareils et la fonction départie à chacun d'eux, on pourrait supposer autant de divisions dans l'encéphalite qu'il y a d'appareils d'organes qui peuvent être lésés; et une fonction étant altérée, on préjugerait à l'avance quelle

---

(1) Œuvres chirurgicales de *Desault*, t. 2, p. 217.

est la partie du cerveau enflammée ; mais pour arriver à ce point de de perfection l'anatomie pathologique a une tâche immense à remplir.

Causes. L'organe cérebral, par sa texture délicate et par ses rapports multipliés, soit directs, soit sympathiques, avec tout ce qui l'entoure, devient par là tout aussi exposé que les autres organes à l'inflammation. Loin qu'il n'y ait que des causes physiques qui puissent la produire, une foule de causes internes peuvent la développer : on peut les distinguer en *prédisposantes* et *déterminantes.*

Causes prédisposantes. — Ages. Tous les âges y sont exposés : on l'a observée chez des fœtus morts-nés, de même que chez des vieillards très-avancés en âge. Néanmoins, d'après les relevés de mortalité touchant cette maladie, il semble que toutes les périodes de la vie n'y sont pas également sujettes. D'après MM. *Lallemand* et *Abercrombie,* cette maladie deviendrait d'autant plus fréquente qu'on s'éloignerait plus de l'enfance, et sa plus grande fréquence s'observerait de cinquante à soixante-dix ans. MM. *Parent* et *Martinet* ont obtenu un résultat tout à fait contraire : suivant ces médecins, ce serait les trente premières années de la vie qui y seraient le plus exposées ; mais il faut observer qu'ils se sont plus occupés de la méningite que de l'encéphalite.

Sexe. Suivant ces mêmes observateurs, les hommes sont plus sujets à cette affection que les femmes, ce qui est facile à concevoir par les travaux et les accidens auxquels ils sont exposés ; mais à part ces causes physiques, les femmes en offrent peut-être plus d'exemples par leur susceptibilité nerveuse, qui les rend impressionnables aux moindres commotions morales, et l'on sait combien le tempérament nerveux, irritable, prédispose à cette inflammation.

Saisons. Cette maladie est de toutes les saisons, mais, comme l'observe *Pringle* (1), elle se développe surtout en été, et l'on

(1) Observations sur les maladies des armées, t. 1, p. 85.

sait que l'insolation est une cause certaine de l'encépbalite.

Enfin, on range parmi les causes prédisposantes l'hypertrophie du cœur, une constitution apoplectique, la suppression des règles, l'abus des spiritueux, les peines morales, les chagrins violens et concentrés, les contentions d'esprit, les névroses cérébrales, l'irritation d'un nerf considérable (1); enfin, la suppression de certaines affections cutanées et articulaires paraît aussi avoir contribué au développement de l'encéphalite.

Causes déterminantes. Elles comprennent toutes les violences extérieures portées sur le crâne, telles que coups, chutes, ou les commotions qui peuvent résulter de chutes sur les fesses, les genoux ou les pieds. On range aussi parmi ces causes la présence d'une tumeur cancéreuse, d'une hydatide, d'un corps devenu étranger, comme un caillot de sang, suite d'une apoplexie, ou bien un corps étranger venu du dehors; les opérations chirurgicales tentées pour son extraction ou pour l'extirpation d'un fongus de la dure-mère; l'existence de végétations osseuses à la face interne des os du crâne (2); la respiration de gaz délétère, la carie du rocher, l'insolation prolongée, l'érysipèle du cuir chevelu; enfin, par continuité, elle peut être consécutive à la méningite, ou être sympathique d'une autre inflammation.

Symptômes. Une simple énumération des symptômes serait tout à fait sans utilité; je tâcherai de les examiner dans chaque région ou dans chaque appareil d'organes où on les observe, dans l'ordre de leur apparition, et d'apprécier la valeur de chacun d'eux.

Facies. La face est plus ou moins animée, ses muscles sont quel-

---

(1) *Lallemand*, lettre 2, obs. 3, § 4.

(2) *Jonh Hunter*, Archives de médecine, 1823, p. 273.

quefois agités de mouvemens convulsifs ; les yeux sont injectés et supportent difficilement l'impression de la lumière ; quelquefois il y a strabisme, et ils sont roulans dans leur orbite et cachés derrière la paupière supérieure, abaissée par la contraction du muscle orbiculaire ; la pupille est fortement contractée ; les mâchoires peuvent aussi être serrées l'une contre l'autre comme dans le trismus. Cet état, qui décèle toute l'irritation dont est atteint l'organe cérébral, dure plus ou moins de temps, pour être remplacé par la stupeur, l'abattement des traits ; les yeux sont moins impressionnables à la lumière ; les convulsions de la face ont cessé pour faire place à la paralysie, qui se borne ordinairement à un seul côté. On observe alors de ce côté la pupille dilatée, l'œil sans expression, la joue flasque et la commissure des lèvres entraînée du côté paralysé. Si une des moitiés de la langue est paralysée, sa pointe se déjetera du côté opposé à la paralysie, et la parole sera plus ou moins troublée.

Appareil locomoteur. Au début de l'encéphalite, les malades éprouvent souvent des impatiences, des fourmillemens, des douleurs dans les membres ; on observe des soubresauts dans les tendons, de légers mouvemens convulsifs, qui sont bientôt remplacés par de la contracture ; tantôt les membres contracturés restent fléchis avec force, tantôt il y a des alternatives d'extension et de flexion auquelles succède la paralysie ; à mesure qu'elle fait des progrès, les douleurs et la contracture disparaissent pour faire place à une flaccidité complète avec perte de la sensibilité.

Appareil sensitif. Le symptôme le plus constant, mais qui n'est décélé par le malade que lorsque la connaissance subsiste, c'est la céphalalgie. Tous les sens, et celui de la vue et de l'ouïe surtout, sont très-excitables ; il y a des illusions d'optique, des bourdonnemens d'oreille, de l'agitation, perte de sommeil, exaltation des facultés intellectuelles, irascibilité jusqu'à ce que la congestion cérébrale, devenant plus violente, le cerveau ne perçoive plus les sensa-

tions ; alors il y a perte de connaissance, prostration des forces, somnolence et coma plus ou moins profond. Je ne parle point ici du délire, car lorsque l'encéphalite commence, le cerveau est déjà trop compromis pour donner lieu à ce symptôme, particulier à l'arachnitis.

Appareil circulatoire. Au début de l'inflammation, le pouls est ordinairement dur et fréquent ; à mesure que la maladie fait des progrès, l'excitation cérébrale diminue, et le pouls se rapproche de l'état naturel, ou offre des variations très-grandes dans sa vitesse, comme on peut le voir par les observations d'*Abercrombie.* M. *Lallemand* fait observer que, dans toutes les observations où la circulation est troublée, il existait une maladie concomittante, et que cette maladie secondaire pouvait bien être la cause du dérangement du pouls.

Appareil respiratoire. La respiration suit le même trouble que la circulation : accélérée d'abord, elle diminue de fréquence lorsque des phénomènes de résolution paraissent ; et, comme le remarque le savant observateur *Lallemand*, elle devient lente et embarrassée à l'approche de la mort, dont elle est un signe avant-coureur.

Appareil digestif. La langue est ordinairement sèche et blanchâtre, ou couverte, ainsi que les dents, d'un enduit fuligineux ; la soif est vive, l'appétit nul ; les vomissemens, qu'on a signalés comme un simptôme si fréquent dans l'encéphalite, s'observent surtout chez les enfans dans les premiers jours, mais moins souvent chez l'adulte, à moins qu'il n'y ait une gastrite concomitante, affection qui n'est point une conséquence nécessaire de l'encéphalite, comme le veut M. *Broussais*, mais qui peut être produite sous son influence, de même que l'encéphalite peut se développer sous l'influence d'une gastrite. Il est vrai, les vomissemens peuvent n'être que sympathiques ; mais pour qu'ils aient lieu, il faut que le cerveau soit assez peu lésé pour qu'il remplisse encore ses fonctions : on sait quel rôle il joue dans l'acte du vomissement. Dans le principe, les évacuations n'offrent rien de

notable ou il y a constipation. Mais lorsque le malade perd connaissance et devient sourd aux sensations, les matières accumulées dans le rectum n'excitent plus suffisamment cet intestin, qui se laisse distendre et peut même s'enflammer, si elles ne sont rendues par un véritable regorgement. Il en est de même pour les urines, qui produisent, quand elles sont rendues involontairement, cette odeur de souris signalée par MM. *Lallemand*, *Parent* et *Martinet*, et qui est toujours, selon eux, d'un fâcheux augure.

Habitude extérieure du corps. La peau est ordinairement brûlante et sèche dans le premier degré ; elle devient humide à mesure que la maladie fait des progrès ; et si elle marche vers une terminaison funeste, la peau se couvre d'une sueur froide et visqueuse qui, bornée d'abord aux extrémités, se remarque bientôt sur diverses parties du tronc.

Marche de la maladie.

L'encéphalite se déclare plus ou moins promptement suivant la cause qui l'a développée, l'énergie avec laquelle elle a agi et la constitution du sujet : ainsi l'on voit souvent des coups portés sur la tête, des commotions ne donner lieu qu'à un trouble passager dans les fonctions du cerveau, qui peu à peu paraît recouvrer toute son intégrité, lorsque quinze jours, un mois, un an après, des phénomènes d'encéphalite se déclarent ; d'autres fois, sous l'influence d'une cause moins puissante en apparence, cette inflammation se développe avec la rapidité propre aux hémorrhagies cérébrales. Relativement à la constitution du sujet, il est clair que s'il est nerveux, et affaibli par l'âge et les maladies chroniques, l'encéphalite se développera avec plus de lenteur que si elle atteint un sujet robuste, chez lequel les inflammations parcourent d'autant plus vite leurs périodes qu'il offre plus de résistance à la maladie.

Quand l'encéphalite se développe subitement, on n'observe point de symptômes précurseurs, et on pourrait la confondre avec l'apo-

plexie, si on ne faisait attention aux symptômes spasmodiques qui précèdent la paralysie.

Le plus ordinairement cette inflammation s'annonce par de la morosité, de la pesanteur de tête, des illusions d'optique, des étourdissemens, des impatiences, des fourmillemens dans les membres; puis lorsque l'inflammation est déclarée, une céphalalgie plus ou moins intense, locale ou générale, survient; la face est vultueuse, les conjonctives injectées, les yeux convulsés, la pupille contractée; le moindre bruit est pénible pour le malade, qui montre parfois de l'exaltation dans les idées; la sensibilité cutanée est augmentée; des vomissemens peuvent avoir lieu; la circulation et la respiration sont sensiblement accélérées; il y a des vertiges, de légers mouvemens convulsifs, suivis bientôt de contracture et de douleurs dans les membres. Ces symptômes d'une forte irritation durent plus ou moins long-temps suivant les progrès de la maladie. Chez les enfans et les vieillards, ce premier degré de l'inflammation est court, et la perte de connaissance, l'assoupissement, le coma apparaissent bientôt. Chez l'adulte, ce n'est qu'un peu plus tard que l'on voit survenir cette prostration et cet abattement moral, signes positifs d'une congestion violente dans un point de l'organe cérébal, qui bientôt ne pourra plus remplir ses fonctions : la connaissance se perd insensiblement, les réponses du malade sont lentes et pénibles, la mémoire s'éteint, la céphalalgie n'est presque plus perçue, les yeux perdent toute expression, les pupilles sont moins contractées; il y a obtusion de tous les sens; les membres sont frappés de paralysie, la peau seule conserve encore un reste de sensibilité prête à s'éteindre; enfin, cette scène muette est quelquefois troublée par des alternatives de somnolence et d'agitation, à la suite desquelles le malade retombe dans un coma profond.

Comme l'encéphalite est le plus souvent bornée à un point du cerveau, on conçoit que la paralysie n'affectera que quelques parties du corps, comme la moitié droite ou gauche avec la moitié de la tête correspondante, ou bien un des membres, supérieur ou inférieur, etc.,

mais toujours elle aura lieu du côté opposé à l'hémisphère du cerveau malade; lorsqu'elle est récente, la contraction des membres persiste, et ils sont encore agités de soubresauts; mais cette contracture, que l'on observe surtout dans les membres supérieurs, diminue à mesure que la paralysie fait des progrès, et, après un certain temps, elle cesse tout a fait pour faire place à une flaccidité complète. Si le malade doit guérir, tous ces symptômes se dissiperont peu à peu, mais le malade ne recouvrera l'usage de ses membres ou de son intelligence qu'après un temps très-long, quelquefois même il lui reste toujours de la faiblesse avec perte plus ou moins complète de la mémoire, de la vue, de la parole, etc.

Lorsque la maladie est parvenue au degré que nous supposons sans un mieux réel, il n'est plus permis de compter sur la guérison; le cerveau est ramolli et infiltré de pus. On cite, il est vrai, quelques exemples de résorption du pus, de cicatrisation du foyer purulent; mais, outre que ces observations sont très-rares, sont-elles bien l'expression exacte des faits? L'encéphalite continuant sa marche, la lenteur, l'irrégularité de la circulation et des mouvemens respiratoires viennent s'ajouter à la persistance de la paralysie, du coma et de la prostration extrême des forces; on voit le malade être entraîné passivement vers le pied du lit, la bouche devenir aride, et la langue et les dents se couvrir d'un enduit fuligineux épais; le malade peut à peine avaler, par suite de l'inertie des muscles pharyngiens : si une moitié de la face est paralysée, on voit la joue de ce côté être soulevée par l'air à chaque expiration comme dans l'action de fumer la pipe; l'œil se dévie, la pupille est très-dilatée et immobile; une sueur visqueuse couvre le corps, les matières fécales et les urines sont rendues involontairement. Cet état, qui s'aggrave à chaque instant, est bientôt suivi d'un embarras de la respiration, d'un râle stertoreux, présage funeste de la mort.

Une chose à noter dans la marche de cette maladie, ce sont ses alternatives d'amélioration et de rechutes; ainsi, chez le malade que nous venons de laisser dans un état complet de résolution, on pourra

voir le coma diminuer, la connaissance revenir par intervalle, les yeux prendre de l'expression, la bouche s'humecter et se nettoyer des fuliginosités qui la couvrent, les membres paralysés être agités de mouvemens spasmodiques et la paralysie même diminuer; puis, quelque temps après, tous ces symptômes reprennent leur première intensité : quelquefois tout ferait espérer une guérison prochaine, lorsque le malade est sur le bord de la tombe. La paralysie suit-elle un ordre dans son développement? Certaines parties sont-elles plutôt atteintes de paralysies que d'autres? Ces questions me semblent complètement résolues par l'explication qu'en donne le professeur *Lallemand :* certes, les extrémités inférieures ne sont point plutôt atteintes de paralysie que les membres supérieurs; si on s'aperçoit plutôt de la faiblesse des jambes, c'est qu'elles ont à supporter un poids au-dessus de leur force, tandis que les bras, qui ne servent qu'à de faibles usages, ont autant de force qu'on en exige pour cela.

Jusqu'ici nous avons parlé de la paralysie comme d'un symptôme constant de l'encéphalite; cependant il est quelques exceptions, et M. *Lallemand* (1) cite cinq observations où elle manque complètement. Dans ces cinq cas, l'encéphalite siégeait dans le corps calleux, le *septum lucidum* ou la voûte à trois piliers, parties qui, selon ce médecin, ne sont destinées qu'à mettre en rapport les deux hémisphères et n'ont aucune relation avec la moelle allongée. Mais à quels signes pourra-t-on reconnaître un semblable cas? La plupart de ces observations offrent, la paralysie exceptée, tous les signes de l'encéphalite, plus, du délire dans trois; il n'existait point dans les deux autres, mais dans l'une il y avait arachnitis chronique et, dans ce cas, épanchement de sérosité dans les ventricules; dans deux autres où l'on observe du délire, il y a aussi un épanchement de sérosité dans les ventricules; il y aurait donc méningo-encéphalite quatre fois, et il est difficile de concevoir, en effet, que le cerveau puisse être en-

(1) Lettre 2, p. 179 et suivantes.

flammé dans l'un de ces points sans que l'irritation se propage à l'arachnoïde qui les recouvre.

Dans le cours de cette inflammation, il se déclare quelquefois d'autres affections, soit qu'elles soient une conséquence de celle du cerveau ou bien dépendante d'une autre cause; leur diagnostic devient alors d'autant plus difficile que l'organe cérébral est plus affecté : en effet, leurs symptômes peuvent être masqués par ceux produits par l'encéphalite ou n'être plus perçus par le cerveau, devenu insensible à tous les excitans; il faut donc apporter un très-grand soin dans l'examen des malades atteints d'inflammation du cerveau, pour que, saisissant les moindres phénomènes nouveaux, on puisse être conduit à diagnostiquer la maladie nouvelle et lui porter remède. Il n'est pas rare de voir la pneumonie, la pleurésie, la gastrite, la cystite, etc., marcher avec rapidité et, ne se manifestant que par quelques symptômes obscurs, ou bien étant tout à fait latentes, n'être décélées qu'à l'autopsie par les altérations organiques.

Modes de terminaison. L'encéphalite peut se terminer par résolution, par suppuration, par gangrène, par épanchement séreux ou sanguin, par ulcération et cicatrisation.

1°. *Résolution.* On peut espérer l'obtenir, lorsque la maladie est à son début, lorsqu'il n'y a encore que congestion cérébrale, que le sang n'est point combiné avec la substance du cerveau; mais quand cet état existe et que l'on voit survenir la prostration des forces, la paralysie, la perte de connaissance, le coma, etc., symptômes qui annoncent le ramollissement avec infiltration sanguine et purulente, il est extrêmement rare d'obtenir la guérison.

1°. *Suppuration.* Le pus peut se trouver sous deux états : 1°. infiltré quand il fait suite à l'infiltration sanguine; 2°. ou rassemblé en foyer quand la maladie a duré assez long-temps. Cette terminaison, annoncée par une résolution complète des membres et la perte totale

des facultés intellectuelles, est assez fréquente et presque toujours au-dessus des ressources de l'art.

3°. *Gangrène.* Les anciens parlent souvent de sphacèle du cerveau, mais, d'après les commentateurs, ils entendaient par ce mot le ramollissement; cependant on serait fondé à croire à la gangrène du cerveau, par les observations de chirurgie qui en font mention; d'ailleurs, pourquoi cet organe ne serait-il pas aussi bien atteint de gangrène que le poumon, par exemple?

4°. *Épanchemens séreux ou sanguins.* On n'observe d'épanchement séreux à la surface ou dans les ventricules du cerveau que lorsque l'inflammation s'est propagée aux membranes, ainsi l'observation que cite *Abercrombie* (1) pour prouver cette terminaison est évidemment celle d'une arachnitis. Pour les épanchemens sanguins, il n'est pas rare de trouver après la mort de petits foyers de sang disséminés dans la partie infiltrée et ramollie. Probablement que les parois des vaisseaux participent à l'inflammation et au ramollissement environnant, et que, ne pouvant plus soutenir l'effort du sang qui les traverse, ces parois se rompent et le sang s'échappe, ou bien le tissu du cerveau étant détruit, désorganisé par le ramollissement, les dernières extrémités des vaisseaux y laissent transsuder un sang qui ne peut plus être repompé.

5°. *Ulcération.* Ces deux derniers modes de terminaison ne sont point admis par *Abercrombie;* cependant quelques observations tendraient à faire croire que l'encéphalite peut déterminer l'ulcération, l'érosion de la substance cérébrale, et ce mode de terminaison ne serait pas inévitablement fâcheux, comme on va le voir.

---

(1) Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales, année 1818, p. 349.

6°. *Cicatrisation.* MM. *Lallemand* et *Serres* citent chacun un cas où ils observèrent une véritable cicatrice de la substance cérébrale à la suite de l'encéphalite.

Durée. Elle est difficile à préciser; cependant on peut dire que lorsque cette inflammation est aiguë, elle a une marche très-rapide; ensuite les causes, l'âge, la constitution des individus et le traitement qu'on emploie peuvent contribuer à ralentir ou à accélérer la marche et la terminaison de cette maladie. D'après les relevés d'un grand nombre d'observations, on est conduit à ce résultat, que près de la moitié des malades succombent dans le premier septénaire, et plus d'un tiers dans le second.

Prognostic. Cette inflammation, extrêmement grave, est presque toujours mortelle; cependant son prognostic est subordonné au degré d'intensité de l'inflammation, à l'idiosyncrasie et aux habitudes du malade, à la cause qui l'a développée et aux complications qui peuvent survenir. Certes, si l'on prend la maladie à son début, quand elle est encore légère et peu étendue, et si on la combat par un traitement convenable, on aura plus d'espoir de guérir. L'âge avancé est une condition peu favorable à la résolution de cette inflammation, comme pour toutes les autres. Plus un malade sera bien constitué et exempt de toute trace d'affection interne qui ait pu miner sa santé, plus il aura de chances de guérir : en général, l'encéphalite de cause interne est plus grave que celle produite par une cause externe. Suivant M. le professeur *Boyer* (1), celle qui succède à une commotion est plus grave que celle produite par une contusion ou une plaie aux parois du crâne, parce que, dans ce dernier cas, les fluides qui peuvent s'amasser dans son intérieur auront une libre issue. Enfin, il faut bien prendre garde de ne point s'en laisser imposer par ces améliora-

(1) **Traité des maladies chirurgicales, t. 5, p. 127.**

tions trompeuses que l'on remarque souvent dans le cours de la maladie, et ne point promettre une guérison que quelquefois il n'est plus permis d'obtenir.

Siége. L'encéphalite occupe rarement la totalité du cerveau ; si elle est générale, elle est superficielle, car on ne conçoit pas que le malade puisse vivre assez long-temps pour qu'elle s'étende en profondeur. Le plus souvent elle est locale et bornée à un point du cerveau. Toutes les parties de cet organe important n'y sont pas également sujettes. Le cerveau étant composé de deux substances, l'une blanche, l'autre grise, il est démontré que celle-ci est presque entièrement formée de vaisseaux, tandis que la blanche ou médullaire en contient peu ; elle est, comme le tissu cellulaire de nos organes, traversée seulement par les vaisseaux qui vont se perdre dans la substance grise, *cette matrice des nerfs*, suivant l'expression de *Gall.* D'après cette idée, que nos tissus sont d'autant plus susceptibles d'être enflammés qu'ils sont plus vasculaires, on devine qu'elle est la substance la plus disposée à cette altération : en effet la théorie s'accorde parfaitement avec l'observation faite depuis long-temps par *Morgagni*, relativement à l'apoplexie, et confirmée si souvent depuis pour l'encéphalite. Ainsi la surface des hémisphères ou les circonvolutions, les corps striés, les couches optiques, etc., qui contiennent le plus de substance grise, sont bien plus fréquemment le siége de l'encéphalite que les autres parties du cerveau composées de substance blanche.

Altérations pathologiques. Ne m'occupant que de l'encéphalite exempte de toute complication, je ne dois pas signaler les altérations que peuvent éprouver les membranes qui enveloppent le cerveau ; cependant je dirai que lorsque l'encéphalite occupe les circonvolutions, la pie-mère est presque toujours affectée; on la trouve injectée, et le tissu cellulaire qui la sépare de l'arachnoïde infiltré de sérosité ; quelquefois elle est adhérente à la couche corticale; enfin elle peut être infiltrée de pus et avoir une épaisseur notable, si l'inflammation datait depuis long-temps.

Lorsque l'encéphalite est générale, on trouve les circonvolutions aplaties, toute la substance grise rosée, rouge foncé; et si la substance médullaire sous-jacente est atteinte, elle est *sablée* de sang quand on la coupe; elle peut avoir conservé sa consistance, mais être plus visqueuse, ou bien elle a acquis de la fermeté. Dans un degré plus avancé, on trouve des points plus ou moins étendus ramollis, diffluens; et ce ramollissement occupera tout un hémisphère, ou sera borné à une circonvolution, à la couche optique, au corps strié, etc.; sa couleur, qui lui est fournie par du sang infiltré, est rosée et même brunâtre, s'il siége dans la substance grise : si c'est la substance blanche qui est ramollie, elle est sablée de sang, mais a peu changé de couleur. C'est là le premier degré du ramollissement; plus tard, le sang s'infiltre et donne une teinte plus brunâtre à cette altération; parfois on trouve de petites gouttelettes de sang, de petits caillots, résultat d'une légère hémorrhagie occasionée par le ramollissement. Si l'affection va toujours en s'aggravant, l'injection, l'infiltration sanguines qui colorent les parties ramollies disparaissent peu à peu pour faire place à une infiltration purulente, qui change alors la couleur des parties malades : la substance corticale prend une teinte grisâtre, verdâtre, et la substance blanche revêt une couleur pâle; elle est comme salie par le pus. Enfin, si la maladie se prolonge, ce pus infiltré se rassemble en un ou plusieurs petits foyers au milieu du ramollissement; les parois inégales du foyer sont injectées de sang, rouges et ramollies; mais cette injection finit par disparaître si le pus séjourne long-temps. Ce liquide varie de consistance et d'odeur, suivant son ancienneté et suivant qu'il est ou non en communication avec l'air extérieur. Ainsi, dans les inflammations traumatiques du cerveau, si le crâne est ouvert, le pus qui s'échappe continuellement, et qui entraîne quelquefois des portions de substance cérébrale ramollie ou frappée de gangrène, sera de consistance ordinaire et sans odeur; mais il pourra en acquérir, s'il ne s'écoule pas aussitôt sa formation et s'il séjourne dans le crâne. Le pus contenu au milieu d'un hémisphère, à la suite d'une encéphalite de cause interne, peut y séjourner

pendant long-temps sans contracter d'odeur fétide; mais il pourra augmenter de consistance. Les parois de ces foyers purulens anciens subissent aussi quelques changemens : l'injection a disparu, leur inégalité s'efface, et un véritable kyste s'organise pour les tapisser ; ce kyste, tapissé à l'intérieur d'une membrane d'aspect et de structure muqueux, sera d'autant plus épais qu'il datera de plus loin. Lorsque dans un ramollissement un peu étendu il existe plusieurs foyers de pus, on trouve quelquefois des trajets fistuleux qui les font communiquer ou qui aboutissent à la surface du cerveau, sous les membranes qui sont alors soulevées par le pus. D'autres fois, sans trace de suppuration ni d'épanchement sanguin, on trouve des érosions de la substance cérébrale : cette altération a surtout été observée sur les couches optiques et les corps striés. A la suite d'inflammations avortées, on trouve quelquefois la substance cérébrale indurée et présentant peu de traces de vaisseaux dans l'étendue qu'avait occupée l'inflammation. M. *Portal* (1) fait remarquer que ces indurations partielles, suite d'inflammation, ne sont pas rares. Cette induration serait-elle un mode d'encéphalite chronique? serait-elle de même nature que celle qui envahit tout un hémisphère ou les deux à la fois chez les aliénés? l'aliénation serait-elle une suite de l'encéphalite chronique? Des recherches ultérieures pourront éclairer ce point, encore en litige. On cite des cas d'encéphalites suppurées guéries par cicatrisation trouvée long-temps après; mais n'aura-t-on point pris des symptômes d'apoplexie pour ceux d'encéphalite? et n'attribue-t-on point à cette dernière affection un mode de guérison qui n'appartient qu'à la première? On conçoit difficilement que lorsqu'une encéphalite locale est arrivée à suppuration ce liquide puisse être résorbé, et que les parois du foyer, ramollies et infiltrées, puissent revenir à leur état naturel et reprendre cette vitalité indispensable à la cicatrisation.

Traitement. J'ai déjà fait pressentir, en commençant, toutes les erreurs qu'on a dû commettre dans le traitement de cette maladie, suivant

(1) Anatomie médicale.

l'idée que chacun attachait à ses symptômes : je ne puis qu'énumérer ici les moyens incendiaires qu'on a employés pendant si long-temps, et d'abord il faut se rappeler que cette inflammation leur étant tout à fait inconnue dans sa nature, chaque symptôme devenait pour eux une maladie essentielle ; et au lieu de diriger leurs moyens de traitement sur la cause et la nature de la maladie, ils combattaient, suivant des vues erronées, des abstractions qui n'étaient que l'expression de la maladie qu'ils ne connaissaient point; en un mot, ils combattaient l'ombre pour la réalité. Ainsi, contre les convulsions on administrait les antispasmodiques, tels que le musc, l'éther, la valériane, le camphre, etc. ; contre la paralysie, le coma, la stupeur, qui étaient pour eux des signes de faiblesse, d'asthénie, ils cherchaient à réveiller les forces engourdies, et à rappeler les mouvemens par tous les stimulans les plus énergiques : c'était l'émétique à haute dose, les pilules purgatives, les éméto-cathartiques ; la décoction, l'extrait, le sirop, le vin de quinquina; l'eau de rabel, la décoction de café, l'arnica en infusion, l'acétate d'ammoniaque, le sulfate de soude, l'extrait de noix vomique, etc. Ceux qui voyaient, dans les symptômes de l'encéphalite, l'expression d'une fièvre putride, adynamique, ataxo-adynamique, asthénique, etc., avaient recours à tous les moyens que nous venons d'indiquer pour stimuler et réveiller les forces abattues, pour dissiper cette asthénie qu'ils voyaient partout; et des encéphalites légères, qu'on aurait pu facilement guérir par des moyens plus rationnels, étaient exaspérées au point de faire périr les malades qui en étaient atteints. Il semblerait que le traitement de l'encéphalite aurait dû se réformer à mesure qu'on acquérait des idées plus saines sur cette maladie ; cependant il n'en est rien, et, aujourd'hui encore, vous trouvez beaucoup de médecins qui reconnaissent la nature inflammatoire de cette maladie, mais qui n'en n'emploient pas moins les émétiques, les purgatifs, l'acétate d'ammoniaque, le quinquina, l'arnica, etc., suivant des vues différentes, il est vrai, mais non plus justes. Ces moyens ne sont plus pour eux des stimulans, ce sont des dérivatifs qui ont pour objet de stimuler un organe pour chercher à déplacer ou

à atténuer l'effet de l'inflammation du cerveau. Je suis loin de prétendre, sans doute, que les dérivatifs soient nuisibles, et même inutiles, mais il est un choix à faire, et un temps opportun pour les employer.

La méthode antiphlogistique étant celle qui, fondée sur la nature de la maladie, présente les moyens les plus propres à la combattre, nous allons l'exposer avec détails. Dès qu'il se manifeste quelque symptôme d'encéphalite, il faut avoir recours aux émissions sanguines, et la saignée tient ici le premier rang. M. le professeur *Boyer* (1) veut que l'on répète la saignée tant qu'il existe de la fréquence et de la dureté dans le pouls. C'est à cette conduite, que l'on devra prendre pour exemple, que la chirurgie doit les cures étonnantes qu'elle a faites. Les saignées seront copieuses, et pratiquées à l'un ou à l'autre bras indifféremment, à moins de paralysie d'un côté, cas qui exigerait qu'on saignât au bras resté sain. A l'exemple de *Valsalva*, on pourra saigner avec avantage à la veine jugulaire, qui, en raison de son volume et de son origine, produira une déplétion rapide des vaisseaux contenus dans le crâne. Si les symptômes cérébraux ne s'amendent point, et si le pouls n'offre plus assez de résistance pour permettre de nouvelles saignées, on appliquera de nombreuses sangsus aux tempes et à l'angle des mâchoires, près l'apophyse mastoïde; on favorisera l'écoulement du sang par l'application de ventouses, on pourra même en appliquer de scarifiées sur ces régions, jusqu'à ce qu'enfin on ait obtenu un amendement dans l'intensité des symptômes. Ce mode de médication est facile à concevoir : quand un organe s'enflamme le sang y afflue, et devient lui-même une nouvelle cause d'excitation propre à aggraver l'inflammation. Si l'on diminue la quantité du sang par des saignées, on fera que moins de sang se portera vers la partie malade, et l'inflammation n'étant point alimentée suffisamment pour s'aggraver, elle pourra se résoudre avec

(1) Ouvrage cité, t. 5, p. 131.

plus de facilité. On secondera l'effet des évacuations sanguines en stimulant les extrémités inférieures, sinon pour y attirer le sang, du moins pour y entretenir une irritation propre à contrebalancer celle que l'on cherche à détruire. Ainsi on appliquera des sinapismes, tantôt sur la plante des pieds, tantôt sur les mollets, et on ne les laissera que le temps convenable pour y établir une forte rubéfaction. On pourra aussi établir une légère dérivation à l'intérieur, non avec l'émétique à dose vomitive, comme on l'employait, et comme on l'emploie trop souvent encore, mais avec l'émétique très-étendu d'eau (un grain par pinte d'eau), comme *Desault* l'employait avec tant d'avantage dans les lésions traumatiques du cerveau; ou bien on donnera pour boisson habituelle l'eau de veau légèrement émétisée ou une boisson purement laxative, telle que le petit-lait tamarindé. Outre l'action dérivative que l'on cherche à établir sur la muqueuse intestinale, ces boissons préviendront la constipation, si ordinaire dans cette maladie; mais il faudrait bien se garder de ces boissons s'il y y avait les moindres signes de gastrite ou de gastro-entérite. Un moyen puissant pour empêcher l'afflux du sang vers la tête, c'est l'emploi de linges trempés dans l'oxycrat, et mieux de la glace renfermée dans une vessie, et qu'on tiendra appliqués sur cette partie, avec le soin de retirer ces moyens réfrigérans toutes les demi-heures, pour laisser réchauffer un peu la tête. La douche d'eau froide, que conseille *Abercrombie*, a l'inconvénient de trop refroidir le malade, ce qui pourrait développer quelque inflammation thoracique; enfin, pour assurer le succès à ce petit nombre de moyens énergiques, on devra éviter toutes les influences irritantes, tout ce qui pourrait exciter la sensibilité exaltée du malade; on l'éloignera de tout bruit, on préviendra une lumière trop vive, l'air de la chambre devra être pur et tempéré, et tout aliment sera sévèrement interdit. Voilà la conduite à tenir pour la période d'irritation qui, malheureusement, ne cède point toujours à ces moyens, et qui en réclame d'autres plus énergiques encore.

Lorsque la somnolence, la stupeur et la faiblesse des membres an-

noncent l'imminence de la paralysie, il ne faut point craindre de surexciter; dans ce cas, M. le professeur *Boyer* conseille l'emploi d'un vésicatoire sur la tête. Ce moyen n'est point adopté par tous les praticiens : quelques-uns craignent que l'irritation produite par le vésicatoire tourne au profit de l'inflammation cérébrale; mais il faut observer l'époque à laquelle on l'applique, et songer que la sensibilité est déjà bien diminuée. Quelques-uns préfèrent l'appliquer à la nuque ou à la partie interne des cuisses ; mais son action révulsive sera d'autant moindre qu'elle aura lieu plus loin du siége du mal; et s'il fallait invoquer l'analogie, on ne contestera pas le bienfait de l'application d'un large vésicatoire sur les parois de la poitrine dans une pneumonie dont les premiers symptômes auront été combattus par les émissions sanguines; on devra en même temps répéter les sinapismes sur les extrémités inférieures; enfin, lorsque des phénomènes de prostration et de résolution complète des membres feront craindre une terminaison prochaine, on suivra la conduite de M. *Lallemand*, dont le succès mérite encouragement. On réveillera fortement la sensibilité en versant de l'eau bouillante sur les cuisses et sur les jambes du malade : *ad extremos morbos, extrema remedia exquisite optima* (1).

J'ai déjà fait observer le soin qu'il fallait apporter pour reconnaître les affections qui pourraient survenir dans le cours de l'encéphalite, je ne dois point parler ici des moyens à leur opposer ; on devra consulter le traitement qui convient à chacune d'elles. Je dirai seulement que les urines peuvent quelquefois s'accumuler dans la vessie, qui, paralysée, ne peut leur donner issue, ou bien elles sortiront par regorgement; et l'on pourrait croire que l'urine ne séjourne pas dans la vessie, d'autant mieux que le malade n'éprouve aucune douleur, son cerveau ne percevant plus les sensations : on devra donc, si cet accident survient, pratiquer de bonne heure et souvent le cathétérisme, afin de donner issue à ce fluide qui peut enflammer la vessie

(1) *Hippocrate*, sect. 1, aph. 6.

et produire, par sa résorption, une augmentation dans l'inflammation cérébrale. Si la maladie doit marcher vers la guérison, il faudra continuer avec persévérance le traitement, ne point se relâcher sur la sévérité du régime, éviter au malade toute idée qui pourrait lui être pénible, et surtout s'opposer à ce qu'il ne se livre de long-temps à aucun travail assidu.

L'encéphalite produite par des lésions du crâne et du cerveau réclame le même traitement. Quand il y a perforation avec lésion des membranes et du cerveau, il faudra se garder de réséquer les portions du cerveau qui paraîtraient à la surface du crâne, il faut laisser à la nature le soin de les séparer : on ne devra pas non plus pratiquer d'injections, de quelque nature qu'elles soient ; il suffira de donner une libre issue au pus, et de panser la plaie extérieure simplement avec un linge fin troué, sur lequel sera placée de la charpie mollette, que l'on maintiendra par des compresses et un bandage approprié. S'il y avait quelque corps étranger qui entretînt l'inflammation, on chercherait à l'extraire, si cela n'exige pas de manœuvre propre à irriter le cerveau, ou bien on agrandirait l'ouverture par le trépan. Si on soupçonne un abcès à la surface des hémisphères, on pourra y plonger un bistouri avec précaution, pour donner issue au liquide : cette conduite a réussi plusieurs fois à MM. les professeurs *Boyer* et *Dupuytren ;* la plaie est ensuite pansée simplement, comme nous venons de le dire.

L'encéphalite chronique ayant une marche lente et obscure, elle a déjà produit des altérations profondes dans le cerveau quand on vient à soupçonner son existence. D'autres fois, sans la soupçonner, l'encéphalite venant à être aggravée par quelque cause déterminante, elle se manifeste alors avec des symptômes foudroyans, et la mort en est le résultat. A l'autopsie on trouve, outre les traces d'une phlegmasie aiguë, un ou plusieurs abcès enkystés, qu'on ne soupçonnait pas avant cette surexcitation. L'on voit que lorsqu'elle se manifeste elle a pris une forme aiguë, et en réclame tout le traitement.

Pour être court, je ne citerai ici que deux observations d'encéphalite aiguë.

Ire. OBSERVATION.

Marie d'Ambreville, ravaudeuse, âgée de soixante-deux ans, petite taille, maigre, d'un tempérament nerveux, avait toujours joui d'une santé parfaite. Depuis le mois de décembre 1828 elle éprouvait des étourdissemens fréquens, de la céphalalgie presque continuelle; mais ces accidens ne l'empêchaient pas de se livrer à ses occupations sédentaires. Dans le commencement de février 1829, Marie d'Ambreville, qui travaillait assise, tombe sans connaissance et sans mouvement. On la saigne aussitôt; des sinapismes sont promenés sur les membres inférieurs, et en peu de temps la malade recouvre sa connaissance; mais depuis cette époque la parole reste embarrassée, les idées sont parfois confuses, et la malade conserve une céphalalgie continuelle, qui néanmoins lui permet de travailler un peu. Cet état dure près d'un mois; et, le 22 mars, après avoir éprouvé pendant plusieurs jours des douleurs de tête plus violentes, la malade est frappée tout à coup, en voulant monter dans son lit, d'une attaque semblable à la première. Une saignée du bras, des dérivatifs sur les membres inférieurs sont employés, et la malade reprend sa connaissance lentement, conservant une hémiplégie du côté gauche; et le 25 on l'apporte à l'hôpital de la Charité dans l'état suivant :

Le 26 mars, face pâle, abaissement de la commissure droite des lèvres, yeux dirigés dans la rotation, parole embarrassée; la langue est inclinée à droite; paralysie du mouvement à gauche et conservation de la sensibilité; la connaissance est conservée, les réponses sont justes; pouls petit, fréquent; douleurs vives dans le côté droit de la tête. M. *Rullier* pense qu'il y a hémorrhagie cérébrale et peut-être ramollissement autour du foyer sanguin. (Petit-lait tamar., lav. purg., huit sangsues derrière chaque apophyse mastoïde, vésic. à une cuisse.)

Le 27, céphalalgie violente, pouls petit, fréquent; langue sèche, parole embarrassée; sentiment de froid; la connaissance est conservée, ainsi que la sensibilité. (*Ut suprà*, plus, vésicatoire à la nuque et lotion d'oxycrat sur le front.)

Le 28, la langue et les dents se couvrent de fuliginosités; prostration, sensibilité émoussée, réponses justes, mais lentes. (Eau acid. gaz.; 2 v. inf. quinq. tart.; potion antispas., sinap. aux mollets.)

Le 30, prostration considérable, assoupissement profond, réponses difficiles. (Même traitement.)

Le 31, adynamie profonde, bouche fuligineuse; pouls petit, irrégulier; respiration difficile; la malade fume la pipe; excrétions alvines fréquentes et involontaires; respiration stertoreuse vers le milieu du jour. La malade meurt à quatre heures après midi.

Autopsie, trente-six heures après la mort. La dure-mère, très-adhérente au crâne, s'en détache difficilement; l'hémisphère droit paraît plus volumineux que le gauche, surtout dans la partie postérieure; l'arachnoïde et la pie-mère s'enlèvent facilement de tout l'hémisphère gauche, qui a une consistance naturelle; sur l'hémisphère droit, les membranes sont injectées et adhérentes à la substance grise, qui s'enlève avec elles.

La substance corticale à gauche offre la consistance naturelle; mais à droite toute la moitié antérieure du lobe antérieur est très-ramollie et diffluente, d'un jaune pâle; la couche médullaire sous-jacente est aussi ramollie, jaunâtre et piquetée de rouge. Le corps strié et la couche optique de ce côté sont plus volumineux, le ventricule plus spacieux que du côté gauche. Le *septum lucidum* est poussé à gauche; les deux ventricules contiennent un peu de sérosité. A droite, le corps strié a perdu sa forme, il est affaissé, et sa substance est en *deliquium*. La couche optique est ramollie à sa surface; la voûte à trois pilliers, le *septum lucidum* sont diffluens. La face inférieure du cerveau n'est point altérée; les organes de la poitrine et de l'abdomen sont sains.

II^e. OBSERVATION.

Sophie Demangeot, âgée de trente-sept ans, blonde, stature moyenne, tempérament lymphatico-nerveux, avait été, pendant son enfance, d'une santé délicate. Réglée à quatorze ans, elle eut quatre enfans, et ses couches furent toutes heureuses. Depuis l'âge de quinze ans elle était sujette à des palpitations fréquentes; sa respiration est courte, aussi ne pouvait-elle se livrer à aucun exercice violent. A la suite de nombreux malheurs, sa santé se dérangea, les palpitations devinrent plus fréquentes. Vers le milieu de l'année 1828, il survint un œdème presque général, qui se dissipa ensuite. Dans le mois de février 1829, prise de rhumatisme articulaire au genou gauche, elle entra à l'hôpital de la Charité, dans les salles de chirurgie. Près d'être guérie, elle fut atteinte d'une bronchite qui nécessita l'emploi d'une saignée générale. L'auscultation fut pratiquée, et l'on reconnut que les battemens du cœur s'accompagnaient d'un bruit de soufflet très-évident; elle fut alors transférée dans la salle de médecine de M. *Rullier*.

Le 22 mars, face très-pâle portant l'empreinte d'une profonde tristesse; pouls dur, fréquent et régulier; toux rare, avec expectoration de crachats peu abondans; palpitations fréquentes et incommodes; impulsion des cavités gauches; battemens réguliers avec bruit de soufflet. (Chicorée, bour. oximel., p. g. d, p. dieur. maj. teint. scill. et digit.)

Les jours suivans, l'état de la malade s'améliora, la respiration devint plus facile et la bronchite se dissipa, mais le bruit de soufflet resta le même.

Le 27, diarrhée abondante, pouls fréquent, coliques passagères, ventre souple, sans douleur.

Le 4 avril, cessation de la diarrhée, le pouls est toujours fréquent, l'appétit est nul ; dans la nuit du 4 au 5, la malade est dans l'état suivant :

Le 5, *facies* pâle, sans expression, regard fixe, hagard; parole nulle; sueurs froides et visqueuses sur tout le corps; pouls petit, fréquent, régulier ; sensibilité des deux côtés du corps ; mouvemens moins marqués à droite, qui est agité par de légers mouvemens spasmodiques; continuation du bruit de soufflet. (Riz g., eau de *Rabel;* p. g. teint. digit. et acét. d'am. ℥ ß, frictions avec la teinture de quinq. et l'ammon. ; vésicat. à chaque mollet.)

Le soir, pouls fort, fréquent; face rouge; les carotides battent avec force ; dix sangsues derrière chaque apophyse mastoïde. (Vésicatoire à la nuque.)

Le 6, la malade semble comprendre un peu mieux ce qu'on lui dit, mais ne peut répondre ; abaissement de la commissure gauche ; résolution et insensibilité du côté droit; pouls fréquent ; langue sèche, brunâtre ; selles fréquentes et involontaires. (P. g. avec teint. digit. et acét. d'amm. ℥ ß, riz g. avec eau de *Rabel,* sinapis, lav. laud.)

Le 7, face pâle, couverte d'une sueur visqueuse; regard fixe, langue fuligineuse; paralysie complète du mouvement et du sentiment du côté droit ; diminution de la sensibilité du côté gauche, qui offre de légers soubresauts dans les tendons. (Même traitement.)

Le 8, prostration, petitesse du pouls, qui offre des intermittences. (Même traitement.) Le soir, il y a un peu d'amélioration, la malade articule quelques mots, elle a pu avaler un peu de boisson.

Le 9, même état.

Le 10, sueurs froides, respiration pénible, puis râle trachéal. La malade succombe pendant la visite.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Maigreur générale ; arach-

noïde présentant des plaques rouges à droite, mais la rougeur inflammatoire est bien plus prononcée et plus uniforme sur la partie moyenne et externe de l'hémisphère gauche. Dans toute cette partie, l'arachnoïde et la pie-mère adhèrent fortement à la substance corticale, dont on enlève une couche épaisse avec les membranes.

L'hémisphère droit est sain et ferme comme dans l'état normal. Du côté gauche, la partie externe du lobe moyen est ramollie et diffluente; ce ramollissement s'étend en profondeur jusque près du ventricule de ce côté. Les ventricules sont distendus par de la sérosité, le cœur est volumineux et hypertrophié; le ventricule gauche et la cloison interventriculaire offraient une épaisseur de six à huit lignes. L'orifice aortique est libre, ainsi que celle de l'oreillette; la valvule mitrale présente une rupture des tendons de toute sa moitié externe; leur rétraction du côté de la valvule imitait de petites végétations un peu dures; leurs extrémités, fixées au cœur, flottaient dans le ventricule; la valvule n'était maintenue que par la moitié des tendons qui s'insèrent près de l'ouverture aortique; le cœur droit était dilaté et plein de caillots.

Caractères différentiels.

L'inflammation du cerveau peut être confondue avec la méningite, l'apoplexie, l'épilepsie et la folie.

Méningite. L'inflammation des membranes du cerveau offre tant de traits de ressemblance avec l'encéphalite, que beaucoup de praticiens croient à l'impossibilité de les distinguer. Néanmoins une observation attentive découvre des signes propres à chacune de ces affections. Dans la méningite, sans parler de la céphalalgie, qui est peut-être plus aiguë, on observe des convulsions souvent des deux côtés du corps, sans contracture, puis du délire, que nous n'avons

point noté dans l'encéphalite; enfin, si la méningite parcoure ses périodes, on ne verra point survenir la paralysie.

Apoplexie. On ne pourrait la confondre avec l'encéphalite que lorsque celle-ci se développe subitement, car ordinairement l'apoplexie n'offre point de prodromes; la paralysie est subite, et sans être précédée de convulsions ou de contracture ni de douleurs dans les membres, symptômes notés pour l'encéphalite. L'apoplexie n'a point une marche croissante comme cette dernière, elle arrive dans un instant à son plus haut degré. On n'observe point de céphalalgie, la paralysie existe rarement des deux côtés, comme on le voit assez communément dans l'encéphalite. Les pupilles sont dilatées; il n'y a point de strabisme, les yeux sont quelquefois fermés par la paralysie du releveur de la paupière supérieure, et non par la contraction du muscle orbiculaire, comme dans l'encéphalite. La commissure des lèvres est tirée du côté sain; enfin l'apoplexie n'offre point dans sa marche cette inégalité que l'on remarque dans l'inflammation cérébrale.

Épilepsie. Ce n'est guère qu'au début que l'on pourrait confondre une attaque d'épilepsie avec l'encéphalite. Si l'épilepsie offre, comme cette dernière maladie, la perte de connaissance, des contractures dans les membres, etc., il y a distorsion de la face avec injection livide, gêne extrême de la respiration, écume à la bouche, symptômes que l'on ne voit point dans l'inflammation du cerveau. L'attaque d'épilepsie est de courte durée, et l'hébétude qui la suit, avec pâleur de la face, etc., n'appartient point à l'encéphalite. Au reste, dans le doute, il faudrait combattre l'affection la plus grave; ce traitement ne peut nuire à l'épilepsie.

Folie. Peut-on confondre la folie avec une inflammation aiguë? C'est chose difficile : la folie ne pourrait en imposer que par le délire,

et ce serait tout au plus avec l'arachnitis qu'elle pourrait être confondue ; car, dans l'encéphalite, il n'y a point de délire ; d'ailleurs, la folie n'offre jamais cette série de symptômes inflammatoires qui appartiennent ou à la méningite ou à l'encéphalite ; je ne conçois donc pas qu'on puisse commettre une semblable méprise. Si cela pouvait être, dans ce cas, comme dans le précédent, le traitement de l'encéphalite sera celui qu'on devra employer.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile : debilem verò, non facile. *Sect.* 2, *aph.* 42.

II.

In acutis affectionibus quæ cum febre sunt, luctuosæ respirationes, malæ. *Sect.* 6, *aph.* 54.

III.

Apoplectici autem fiunt maximè, ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum. *Ibid.*, *aph.* 57.

IV.

A plagâ in caput, stupor aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

V.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem, robur; ægrotanti verò morbus fit. *Ibid.*, *aph.* 65.